

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/53404>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-08 and may be subject to change.

Mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie in Nederland: van Esser tot heden

In 2006 bestond het specialisme mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie in Nederland 50 jaar. Gedurende deze 50 jaar heeft het specialisme een grote ontwikkeling doorgemaakt, die goed wordt weergegeven door de veranderingen die zich in de loop van de tijd hebben voorgedaan in de naam van de wetenschappelijke vereniging van dit specialisme. Was de naam oorspronkelijk Nederlandse Vereniging voor Mondheelkunde en Chirurgische Prothetiek, in 1975 werd deze naam veranderd in Nederlandse Vereniging voor Mondziekten en Kaakchirurgie en in 2006 in Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie. Esser wordt beschouwd als de eerste mond-, kaak- en aangezichts chirurg in Nederland. De Nederlandse kaakchirurgie heeft vanaf het begin 2 stromingen gekend, namelijk een Utrechtse school met als grondlegger Tjebbes en een Groningse school met als grondlegger Hut. Vanwege het 50-jarig jubileum van het specialisme wordt een themanummer gewijd aan de huidige stand van zaken en de toekomstige ontwikkelingen binnen de deelgebieden mondziekten, de oncologie, de traumatologie, de groei- en ontwikkelingsstoornissen van het orofaciale skelet, het kaakgewricht en de reconstructieve chirurgie.

Visscher JGAM de, Sillevius Smitt JH, Stoelinga PWJ, Baat C de, Vissink A. Mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie in Nederland: van Esser tot heden
Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 4-9

Inleiding

Het specialisme mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie bestond in Nederland in 2006 50 jaar. Sinds de erkenning tot officieel specialisme in 1956 hebben zich grote ontwikkelingen voorgedaan ten aanzien van de inzichten in het ontstaan, de diagnostiek, de therapie en de preventie van talrijke mondziekten en andere aandoeningen en

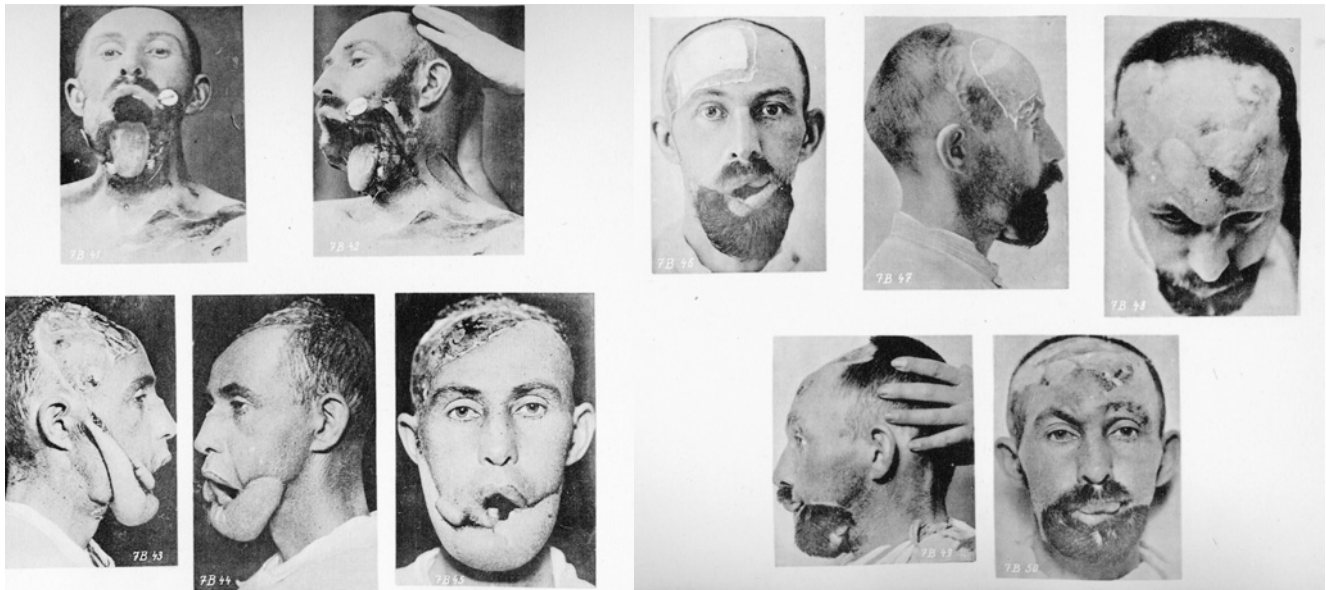


Afb. 1. Dr. J.F.S. Esser.

afwijkingen in het hoofd-halsgebied. In dit themanummer, dat wordt uitgebracht ter gelegenheid van het 50-jarig jubileum van dit specialisme, wordt kort stilgestaan bij de ontwikkeling van het specialisme in Nederland en bij de huidige stand van zaken in een aantal deelgebieden van dit specialisme.

De eerste Nederlandse mond-, kaak- en aangezichts chirurg

Neelissen heeft in 2002 een boek gewijd aan het tomeloze leven van dr. J.F.S. Esser, hoewel grotendeels onbekend in tandheelkundig Nederland, feitelijk de eerste mond-, kaak- en aangezichts chirurg in Nederland (afb. 1) (Neelissen, 2002). Esser werd in 1877 geboren in Leiden. Als tiener verloor hij zijn vader en grootvader. Zijn moeder werd opgenomen in een gekkenhuis. Hij was ziekelijk, werd op school gepest en raakte geïsoleerd. Bij toeval werd ontdekt dat hij een groot schaaftalent was; als 15-jarige versloeg hij vele schaaftcoryfeeën. In 1897 ging Esser geneeskunde studeren in Leiden. Het verlegen ventje met een zwakke gezondheid groeide uit tot een kerel van 1,85 meter die deelnam aan boks-, roei- en wielervedstrijden. Zijn geneeskundestudie kreeg als pendant tandheelkunde. Hij was mentor van zijn zuster Betsy, die tandheelkunde studeerde. Het tandheelkundeonderwijs was in die tijd alleen mogelijk in Utrecht; broer en zuster verhuisden in 1900 naar Utrecht. Hij hielp zijn zus zo grondig met de theorie dat zij tegelijkertijd het theoretisch examen tandheelkunde deden. Zijn belangstel-



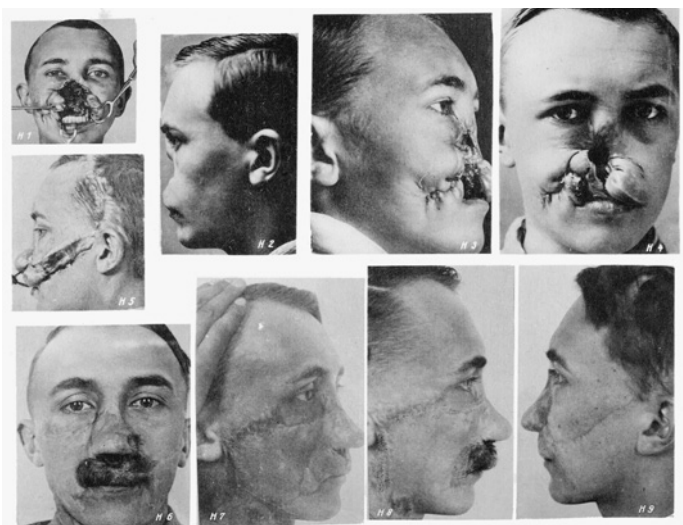
Afb. 2. Reconstructie van een defect van kin, hals en onderkaak ten gevolge van een oorlogsverwonding (Bron: Esser, 1932).

ling voor en de opgedane kennis van de tandheelkunde waren van grote invloed op zijn verdere loopbaan. In 1903 behaalde hij zijn artsexamen en promoveerde hij met een mondelinge toetsing aan de universiteit van Gent.

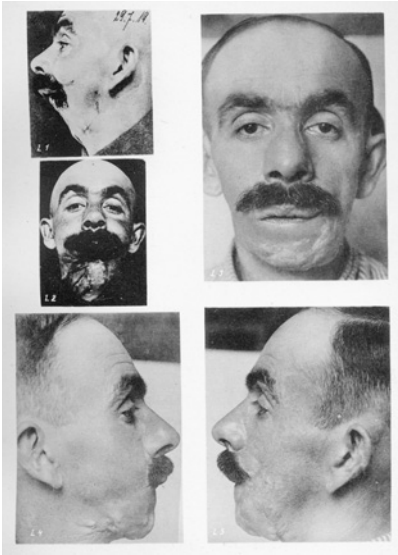
Om ervaring op te doen nam Esser waar voor diverse artsen. Hij praktiseerde echter ook als tandarts. In 1905 vestigde hij zich als huisarts te Amsterdam. In 1913 verliet hij zijn Amsterdamse praktijk en ging naar Utrecht waar hij aan de universiteit assistent in de algemene chirurgie werd; de afdeling werd geleid door professor Laméris. Zijn interesse ging echter niet uit naar de algemene heelkunde, maar naar de maxillofaciale chirurgie met als doel het voor zijn patiënten en hun naasten draaglijk maken van aangeboren of verworven aangezichtsmissvormingen. Hij hield het bij Laméris al snel voor gezien. Zijn leven lang bleef hij als chirurg ongediplomeerd. Zijn basale chirurgische vaardigheden sprokkelde hij in Utrecht, Rotterdam en Parijs bij elkaar en in de Franse hoofdstad toonde hij op grond van zijn kennis van de genees- en tandheelkunde vooral interesse voor de reconstructieve maxillofaciale chirurgie en de klinische anatomie van het aangezicht.

Begin 1914 lukte het hem in Parijs een spoedcursus oorlogschirurgie te volgen, als enige buitenlander en als enige deelnemer zonder uniform. Op vakantie in Nederland brak de Eerste Wereldoorlog uit. Esser bood zijn diensten voor medische hulpverlening aan Frankrijk en Engeland aan, maar zonder succes. Hij werkte vervolgens weer als arts in Rotterdam, had een tijdje een tandartspraktijk in Eindhoven en kreeg in 1915 zijn grote kans: een aanstelling als oorlogschirurg in dienst van de Oostenrijk-Hongaarse regering in Brünn, het huidige Brno, in Tsjechië. Net aangekomen in Brno werd hij door de commandant van het hospitaal bij een soldaat groepen met een kogel in zijn hoofd: de man was al 2 dagen buiten bewustzijn. Esser bestudeerde de motoriek van de patiënt en door zijn grondige anatomische kennis wist hij de kogel te lokaliseren. Omdat de snelle pols-

slag en de hoge temperatuur op een ontsteking wezen, adviseerde hij zo snel mogelijk te opereren. Hij werd gevraagd deze operatie zelf uit te voeren, ondanks de vermoeiende reis. Esser koos als tijdstip voor de operatie 4 uur in de ochtend. Dat stelde hem in staat tot die tijd de operatiemethode te bestuderen. Tevens hoopte hij dat de commandant er zo vroeg niet bij zou zijn. Maar dat was hij wel en in aanwezigheid van de commandant opende Esser de schedel van de patiënt boven de inslagplek. Hij verwijderde de kogel zonder hersenweefsel te beschadigen en draineerde het abces via in de schedel geboorde gaten. De soldaat kwam door het wegvallen van de druk op de hersenen bij bewustzijn en herstelde volledig. Essers ster rees mede hierdoor snel en in korte tijd kwamen alle gewonden met orofaciale letsels naar 'zijn' ziekenhuis. In 1915 werd Esser overgeplaatst naar Wenen, eind 1916 naar Boedapest en in 1917 werd hij uitgenodigd om in Berlijn te komen werken.



Afb. 3. Voorbeeld van herstel van een gelaatsdefect van neus, bovenlip en bovenkaak door middel van lokale rotatie- en transpositielappen (Bron: Esser, 1932).



Afb. 4. Voorbeeld van een reconstructie van het gelaat. Een groot deel van de onderkaak is verloren gegaan door een oorlogsverwonding. De contour werd hersteld door gebruik te maken van lokale transpositielappen, waardoor een fraai herstel is verkregen (Bron: Esser, 1932).

In zijn Berlijnse periode ontwikkelde Esser veel nieuwe technieken, waaronder een techniek voor het aanbrengen van huidtransplantaten die de Esser-inlay wordt genoemd. Hij verwijderde eerst de besmette bovenste laag van de wond. Hierna maakte hij een exacte afdruk van de wond met guttapercha. Vervolgens bevestigde hij een huidtransplantaat op de onderlaag, dat werd aangedrukt en gefixeerd met de afdruk van guttapercha. De nauwkeurigheid van de sluiting bevorderde een snelle hechting. Verder ontwikkelde hij gesteelde huidlaptransposities,

die door hem arterie- of biologische lappen werden genoemd, rotatielappen van de wang en eilandlappen (afb. 2-4). Het is opmerkelijk dat hij in die tijd de resultaten van zijn behandelingen gedetailleerd fotografisch heeft vastgelegd. Door de enorme aantallen patiënten met desastreuze verwondingen van het aangezicht kon hij de door hem ontwikkelde technieken veelvuldig toepassen en was hij in staat vrijwel elk defect in het hoofd-halsgebied te sluiten. De betrouwbaarheid van deze lappen bleek zeer groot. De Esser-inlay en de door hem beschreven biologische lappen waren een solide basis voor een revolutie in de chirurgie: reconstructie werd mogelijk.

In 1918 kreeg Esser een eredoctoraat van de Universiteit van Berlijn. Hier begon hij een particuliere chirurgische praktijk. In het naoorlogse Duitsland was de economische situatie instabiel en Esser maakte hiervan als zakenman dankbaar gebruik. Het ging hem uiteindelijk niet voor de wind en in 1924 dwongen fiscale problemen hem naar Nederland terug te keren. Hier kwam hij in een medisch vacuüm terecht: hij kon geen eigen praktijk als chirurg beginnen, hij had immers zijn opleiding niet voltooid. Hij begaf zich weer in de zaken- en kunstwereld en met succes. Maar deze werkzaamheden gaven hem geen voldoening en na enige tijd stortte hij zich in zijn grote passie: de verwezenlijking van de Chirurgische Vrijstaat. Zijn Chirurgische Vrijstaat zou een onafhankelijk ministaatje moeten zijn met daarin een universiteit en kliniek voor chirurgie. Een staat, geheel onafhankelijk, met een eigen munt en met eigen postzegels en hijzelf geneesheer-directeur van de kliniek. Maar waar een dergelijke staat te vinden? Van 1928 tot 1938 reisde Esser kriskras door de hele westerse wereld om

steun te vinden voor zijn streven, om handtekeningen te verzamelen van medestanders en om een geschikte plaats te vinden. Het is verbazingwekkend te vernemen hoeveel steunbetuigingen hij wist te verzamelen van beroemde chirurgen, geleerden (15 Nobelprijswinnaars, waaronder Einstein) en staatshoofden. Maar het vinden van een geschikte locatie bleek het grootste probleem en uiteindelijk slaagde hij hier niet in. Bijna was het hem gelukt zijn ministaatje te verwezenlijken op een Grieks eiland. De Griekse regering stelde als voorwaarde dat er een Griekse politiemann op het eiland moest zijn. Dit was echter tegen Essers principe van onafhankelijkheid.

In 1940 vertrok hij naar de Verenigde Staten. Nadat hij bij speculaties aan de beurs van New York in één klap al zijn geld was kwijtgeraakt, reisde hij in een tot camper omgebouwde bestelauto het land door en voorzag hij in zijn levensonderhoud door het geven van lezingen. In 1943 betrok hij een slooppand in Chicago. Esser werkte hier aan zijn memoires en vatte het plan op een boek te schrijven over de Theorie van Alles. Maar zijn levensstijl eiste zijn tol. Zijn gezondheid werd snel slechter, zowel lichamelijk als geestelijk, en in 1946 stierf hij aan een hartkwaal. Hij werd in Chicago begraven.

Het is tragisch dat deze unieke man vereenzaamd en in armoede stierf en dat hij als innovatieve chirurg, filosoof, kunstkenner en schaker bijna totaal is vergeten. Terwijl hij



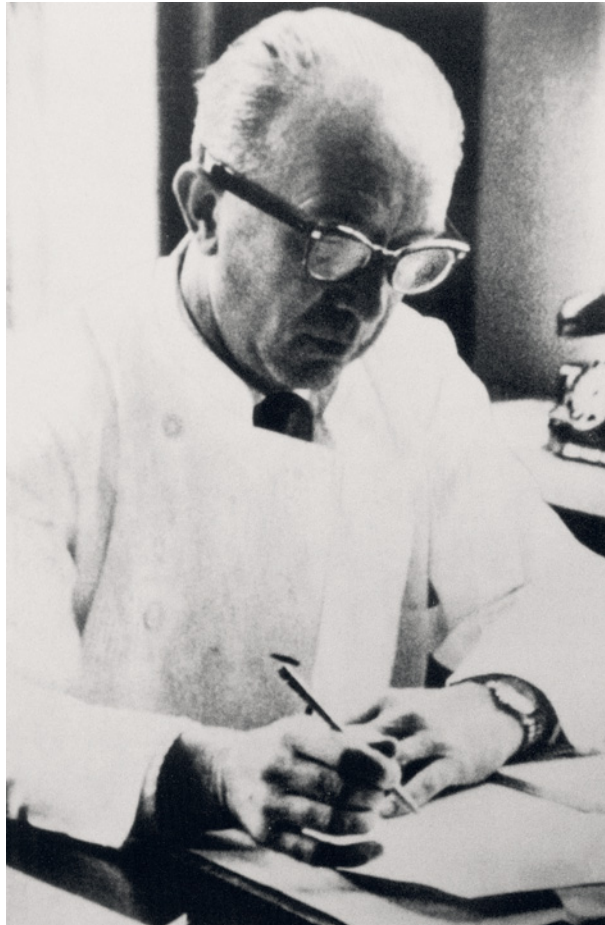
Afb. 5. Prof. dr. J.W.A. Tjebbes.

in het buitenland alle eerbetoen kreeg dat hij maar kon wensen, was dit in Nederland nauwelijks het geval. Volgens Haeseker (1983) kwam dit door zijn moeilijke en onbuigzame karakter en door het feit dat Esser zijn wetenschappelijke geschriften niet in het Nederlands publiceerde. Mogelijk speelt ook een rol dat Nederland niet was betrokken bij de Eerste Wereldoorlog en uitgebreide aangezichtsletsels daarom slechts weinig voorkwamen.

Esser wordt door sommigen beschouwd als één van de grondleggers van de plastische chirurgie. Een benaming waarvan Esser een afkeer had omdat deze hem te veel deed denken aan cosmetische verfraaiingen; hij verkoos de term constructieve chirurgie. Gezien zijn voorkeur voor de reconstructieve orofaciale chirurgie en zijn vooropleiding als arts en tandarts ligt het eerder voor de hand Esser te beschouwen als de eerste mond-, kaak- en aangezichtschirurg in Nederland.

Grondleggers van het specialisme in Nederland

In het boek dat ter gelegenheid van het 50-jarig bestaan van de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie is uitgebracht, wordt de geschiedenis van de Nederlandse kaakchirurgie beschreven (Stoelinga, 2006). In 1919 werd kno-arts dr. H. de Groot, verbonden aan het Militair Hospitaal in Utrecht, benoemd tot lector in de Mondheelkundige diagnostiek en Kaakchirurgie. De



Afb. 6. Prof. dr. M. Hut.

Groot overleed in 1931 onverwachts en werd opgevolgd door J.W.A. Tjebbes, assistent in de algemene heekunde (afb. 5). Tjebbes maakte zijn opleiding in de algemene heekunde niet af, maar oriënteerde zich op de hoofd-halschirurgie in verschillende buitenlandse klinieken en verdiepte zich in de tandheelkunde. In 1932 volgde zijn benoeming tot lector in de mondheelkunde en in 1948 tot buitengewoon hoogleraar in de mondchirurgie. Tjebbes was een begenadigd chirurg met grote nationale reputatie op het gebied van onder andere de behandeling van patiënten met cheilognathopalatoschisis, tumoren in het hoofd-halsgebied en andere afwijkingen. Tjebbes was helaas slechts beperkt in staat zijn kennis en vaardigheden over te dragen en bovendien was hij ervan overtuigd dat de kaakchirurgie slechts kan worden uitgeoefend door artsen. Het gevolg was dat aanvankelijk weinig collega's uit de Utrechtse school voortkwamen en slechts enkelen met een arts- en een tandartsdiploma.

Een totaal andere ontwikkeling van het vak vond plaats in Groningen, waar Marten Hut sinds 1928 als tandarts verbonden was aan de afdeling Algemene Heekunde (afb. 6). Hij had een aanstelling als docent bij de faculteit Geneeskunde om onderwijs te geven aan de studenten geneeskunde en om een bijdrage te leveren aan de patiëntenzorg in het toenmalige Algemeen, Provinciaal, Stads- en Academisch Ziekenhuis. Tijdens de oorlogsjaren werkte hij de gedachte uit om de studie tandheelkunde een academische status te geven. Door zijn voorbereidende werkzaamheden kon al in 1947 de wet worden gewijzigd en kreeg de tandheelkunde haar academische status. De studie tandheelkunde werd verlengd van 4 naar 6 jaar. In 1948 werd Hut benoemd tot hoogleraar in de Mondheelkunde en Chirurgische Prothetiek. Hut begon jonge tandartsen met een nieuw diploma op te leiden in de mondheelkunde. Dit diploma dat de bevoegdheid gaf tot de uitoefening van de tandheelkunde in de volle omvang, liet ruimte voor chirurgische behandelingen in en rond de mond en in de kaken. Dit nieuwe tandartsdiploma opende de deur voor specialisatie. Hut richtte vervolgens met Cees Merckx en Paul Moolhuysen de Nederlandse Vereniging voor Mondheelkunde en Chirurgische Prothetiek op en verzocht in 1955 de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde het specialisme Mondheelkunde en Chirurgische Prothetiek te erkennen. Op 26 juli 1956 werd het specialisme erkend en op 3 november 1956 vond de eerste vergadering van de vereniging plaats.

De Nederlandse kaakchirurgie heeft dus vanaf het begin 2 stromingen gekend namelijk een Utrechtse en een Groningse school. Binnen de Vereniging heeft dat echter nooit tot conflicten geleid. Integendeel, in alle geledingen werd goed samengewerkt tussen collega's met een verschillende achtergrond. De Groningse school had, zeker in het begin, de overhand mede omdat discipelen van Hut posities gingen bekleden in de nieuwe opleidingscentra. In 1959 ging Cees Merckx naar Nijmegen alwaar hij in 1961 werd benoemd tot hoogleraar. Hut ging ten slotte zelf naar Amsterdam in 1959, waarna Geert Boering in 1961 de leiding overnam in

Groningen en na zijn promotie in 1967 werd benoemd tot hoogleraar. Wim van der Kwast, ook een discipel van Hut, werd in 1967 benoemd tot lector en in 1969 tot hoogleraar aan de Vrije Universiteit. In 1972 werd Geert Kusen, jarenlang chef de clinique van Tjebbes, benoemd als opvolger van Hut. Pas in 1973, toen Peter Egyedi in Utrecht de opleider werd, droeg ook de opleiding in Utrecht substantieel bij aan de behoefte aan nieuwe specialisten.

De ontwikkelingen binnen het vakgebied gaven aanleiding om in 1975 een naamsverandering van de Vereniging door te voeren. De naam werd gewijzigd in Nederlandse Vereniging voor Mondziekten en Kaakchirurgie. Deze naam deed op dat moment meer recht aan de omvang van het vak, terwijl de chirurgische prothetiek terecht werd overgelaten aan de maxillofaciaalprothetisten die zich inmiddels ook hadden georganiseerd. Uit deze groep prothetisten kwamen in een later stadium de tandartsen voort die zijn verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Aangezien de ontwikkelingen in de mondziekten en kaakchirurgie sindsdien niet stil hebben gestaan en het vakgebied steeds meer omvang en diepgang heeft gekregen, is in 2006 de naam van de Vereniging wederom gewijzigd, nu in de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie.

Huidige stand van zaken en toekomstige ontwikkelingen

In de diverse artikelen van dit themanummer, '50 jaar mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie in Nederland', worden de huidige stand van zaken en de te verwachten toekomstige ontwikkelingen in de mondziekten, de oncologie, de traumatologie, de groei- en ontwikkelingsstoornissen van het orofaciale skelet, het kaakgewricht en de reconstructieve chirurgie beschreven. Uit de verschillende bijdragen komt goed naar voren dat de ontwikkelingen in de mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie sinds Esser niet stil hebben gestaan. Esser was zijn tijd vooruit, maar Tjebbes en Hut hebben in Nederland de gedegen basis gelegd voor een zich nog steeds verder ontwikkelend specialisme Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie, dat veelomvattender is geworden dan het oorspronkelijke specialisme Mondheelkunde en Chirurgische Prothetiek.

Vissink et al (2007) beschrijven in hun bijdrage de huidige stand van zaken en de te verwachten ontwikkelingen met betrekking tot de mondziekten (oral medicine). Oral medicine is een vakgebied dat steeds meer opgang zal doen gelden, gezien de vergrijzing van de Nederlandse bevolking en de grote toevloed van allochtonen. Steeds vaker zullen tandartsen-algemeen practici en huisartsen worden geconfronteerd met voor hen onbekende of moeilijk te behandelen aandoeningen van de weefsels in en om de mond, zowel aandoeningen die primair hun oorsprong vinden in de orale weefsels als aandoeningen die een uiting zijn van (niet alledaagse) algemene ziekten en/of van medicijnge-

bruik. Het is daarom goed denkbaar dat in de toekomst het beroep dat zorgverleners in de eerste lijn op de kaakchirurgieprofessie doen, toeneemt.

Per jaar wordt in Nederland een maligne tumor in het hoofd-halsgebied bij ongeveer 2.500 nieuwe patiënten gediagnosticeerd. Merckx et al (2007) geven een overzicht van de verschillende tumoren die in het hoofd-halsgebied kunnen voorkomen. Tevens wordt de positie van de kaakchirurg-oncoloog binnen een multidisciplinaire werkgroep voor hoofd-halstumoren beschreven en de rol die hij tegenwoordig speelt bij het functioneel op zo goed mogelijke wijze reconstrueren van het door de ablatieve chirurgie veroorzaakte defect.

Werden in het verleden aangezichtsfracturen gesloten behandeld, gevolgd door een periode waarin open repositie en fixatie met draadosteosynthesen plaatsvond, tegenwoordig worden de fractuurdelen rigide gefixeerd met behulp van plaatosteosynthesen. Hierdoor behoeft intermaxillaire fixatie nog maar sporadisch te worden toegepast en is tegenwoordig sprake van een oefenstabiele en soms zelfs functiestabiele fixatie. Kroon et al (2007) beschrijven in hun bijdrage de huidige stand van zaken en de te verwachten ontwikkelingen met betrekking tot de behandeling van trauma's van het aangezicht.

Door de ontwikkeling van het vakgebied mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie is ook de rol van de kaakchirurg in de behandeling van patiënten met groei- en ontwikkelingsstoornissen van het orofaciale skelet beduidend toegenomen. Becking et al (2007) gaan in op de huidige en toekomstige ontwikkelingen in de behandeling van deze stoornissen, waarbij zij sterk benadrukken dat voor de behandeling van dergelijke stoornissen een teambenadering essentieel is.

Het belangrijkste kenmerk van mandibulaire pijn- en bewegingsstoornissen is pijn van musculoskelettale oorsprong die uitgaat van de kaakgewrichten en (of) de kauwspieren. De meest voorkomende kaakgewrichtsstoornissen betreffen een disbalans tussen de adaptieve capaciteit van de gewrichtsweefsels en de gewrichtsbelasting. De etiologische factoren die leiden tot verstoring van deze balans zijn nog altijd onduidelijk. Wel is het duidelijk dat er vaak sprake is van een toename van intra-articulaire wrijving en een daarmee samenhangende verstoring van de gewrichtsmechanica. Waardoor de adaptieve capaciteit van de weefsels precies vermindert en hoe dit kan worden voorkomen, zal door nader onderzoek duidelijker moeten worden. Stegenga en Schouten (2007) pogen in hun bijdrage structuur te brengen in de diagnostiek van deze stoornissen en in de mechanismen die aan deze stoornissen ten grondslag liggen.

Raghoobar et al (2007), ten slotte, beschrijven in hun bijdrage dat reconstructie van defecten van de kaken en het aangezicht een grote uitdaging vormt. Dergelijke defecten kunnen worden gesloten met behulp van chirurgische technieken, worden hersteld met prothetische constructies of

worden behandeld met een combinatie van deze technieken. Zowel defecten van bot, weke delen als gebitselementen kunnen door middel van dergelijke technieken worden hersteld. Het doel van de reconstructie is het nastreven van een (orale) functie en esthetiek, die de oorspronkelijke vorm en functie benaderen. Bij dergelijke reconstructies wordt vaak gebruikgemaakt van enossale implantaten om ontbrekende gebitselementen te vervangen en/of om houvast te bieden aan een gebits- of aangezichtsprothese.

Literatuur

- > Becking AG, Hoppenreijts THJM, Tuinzing DB. Groei- en ontwikkelingsstoornissen van het maxillofaciale skelet. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 34-40.
- > Esser JFS. *Artery flaps*. Antwerpen: De Vos en Van Kleef, 1932.
- > Haeseker B. Dr. J.F.S. Esser and his influence on the development of plastic and reconstructive surgery. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1983. Academisch proefschrift.
- > Kroon FHM, Beek GJ van, Damme PHA van. Traumatologie van het aangezicht. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 23-33.
- > Merckx MAW, Roodenburg JLN, Visscher JGAM de. Mondziekten-, kaak- en aangezichts chirurgie: een onmisbare schakel in de hoofd-halsoncologie. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 17-22.
- > Neelissen T. Het tomeloze leven van Johannes Esser. Amsterdam: Uitgeverij Balans, 2002.
- > Raghoobar GM, Meijer GJ, Smeele LE. Reconstructie van defecten van kaken en aangezicht. Een overzicht van de mogelijkheden. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 47-53.
- > Stegenga B, Schouten B. Pijn en bewegingsstoornissen van de mandibula met een focus op het kaakgewricht. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 41-46.
- > Stoeltinga PJW. De Nederlandse geschiedenis van de kaakchirurgie. In: Stoeltinga PJW (red). Vijftig jaar aan de kaak gesteld. Het aanzicht van de Nederlandse Kaakchirurgie opgetekend uit de mond van de leden. Lelystad: Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie, 2006.
- > Vissink A, Spijkervet FKL, Waal I van der. Mondziekten en de plaats van oral medicine. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 10-16.

Dankwoord

In november 2006 bestond de kaakchirurgie als zelfstandig specialisme 50 jaar. Het specialisme werd in 1956 erkend door de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) en op 3 november 1956 vond in Scheveningen de oprichtingsvergadering plaats van de Nederlandse Vereniging voor Mondheelkunde en Chirurgische Prothetiek. De NMT en de pioniers van het specialisme hebben toen waarschijnlijk niet kunnen voorzien dat er nu meer dan 200 kaakchirurgen werkzaam zijn, die jaarlijks meer dan 400.000 patiënten behandelen.

De redactie van het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde was verheugd dat de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie (NVMKA) bereid was gezamenlijk een themanummer samen te stellen naar aanleiding van het 50-jarig bestaan van het specialisme.

Summary

Oral and maxillofacial surgery in the Netherlands: from Esser until today

In 2006, it was 50 years ago that the oral and maxillofacial surgery was officially recognized as a dental speciality in the Netherlands. During those five decades, oral and maxillofacial surgery significantly evolved, which is nicely reflected by the changes in the name of the scientific society supporting the speciality. Originally its name was the Netherlands Society for Oral Surgery and Surgical Prosthodontics, but in 1975 its name was changed into the Netherlands Society for Oral Medicine and Oral Surgery, and in 2006 into the Netherlands Society for Oral Medicine and Oral and Maxillofacial Surgery. Esser is considered to be the first oral and maxillofacial surgeon in the Netherlands. In the Netherlands, 2 schools of oral and maxillofacial surgery are recognized: the Utrecht School with Tjebbes as its founder and the Groningen School with Hut as its founder. Because of the 50th anniversary of the speciality, a thematic issue of the Dutch Journal of Dentistry offers a review of the current status of and expected future developments in oral medicine, head and neck oncology, maxillofacial traumatology, growth and development disorders of the maxillofacial skeleton, temporomandibular joint disorders and reconstructive surgery in the Netherlands.

Bron

J.G.A.M. de Visscher¹, J.H. Sillevius Smitt², P.W.J. Stoeltinga³, C. de Baat⁴, A. Vissink²

Uit ¹de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van het Medisch Centrum Leeuwarden en ²de afdeling Kaakchirurgie van het Universitair Medisch Centrum Groningen, ³emeritus hoogleraar van de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van het Universitair Medisch Centrum St Radboud te Nijmegen en hoofd van de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie van het Academisch Medisch Centrum Maastricht en ⁴de afdeling Preventieve en Curatieve Tandheelkunde van het Universitair Medisch Centrum St Radboud te Nijmegen

Datum van acceptatie: 28 oktober 2006

Adres: prof. dr. A. Vissink, UMC Groningen, postbus 30.001, 9700 RB Groningen

a.vissink@kchir.umcg.nl

Veel dank gaat uit dr. J.G.A.M. de Visscher, voorzitter van de NVKMA, die met veel plezier als gastredacteur en (co-)auteur van 2 artikelen heeft bijgedragen aan het tot stand komen van dit themanummer. Tevens gaat dank uit naar de overige auteurs die een bijdrage aan dit themanummer hebben geleverd.

In alfabetische volgorde zijn dit: dr. G.J. van Beek, dr. A.G. Becking, dr. Ph.A. van Damme, dr. Th.J.M. Hoppenreijts, dr. F.H.M. Kroon, dr. G.J. Meijer, dr. M.A.W. Merckx, prof. dr. G.M. Raghoobar, prof. dr. J.L.N. Roodenburg, H. Schouten, J.H. Sillevius Smitt, dr. L.E. Smeele, dr. F.K.L. Spijkervet, prof. dr. B. Stegenga, prof. dr. P.W.J. Stoeltinga, prof. dr. D.B. Tuinzing, dr. J.G.A.M. de Visscher, prof. dr. A. Vissink, prof. dr. I. van der Waal.

C. de Baat, hoofdredacteur